

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ROUJON Marie - Thérèse

Née le 17 Février 1912 à Paris

885

UN CAS NOUVEAU
DE KYSTE DERMOÏDE
DE LA VOUTE CRANIENNE

Président : M. GRÉGOIRE

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine*

Chez Victor DEGRANGE

91, rue de Seine

PARIS (6°)

1937

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR
ROUJON Marie - Thérèse
Née le 17 Février 1912 à Paris

UN CAS NOUVEAU
DE KYSTE DERMOÏDE
DE LA VOUTE CRANIENNE

*Président : M. GRÉGOIRE
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine*

Chez Victor DEGRANGE
91, rue de Seine
PARIS (6°)

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.)	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL ..	Obstétrique.

MM

LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.) ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT .		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ..		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
LE LORIER		
LÉVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE,

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU,
Chirurgien de l'Hôpital Cochîn.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER,

Chirurgien de l'Hôpital Tenon
et de la Fondation Curie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
DE GAUDART D'ALLAINES,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes du crâne constituent une affection rare, mais non exceptionnelle. La tumeur en bissac qu'ils forment donne lieu à des manifestations cliniques, dont la connaissance permet d'en faire le diagnostic.

Ces kystes sont caractérisés par leur nature dermoïde et surtout par leurs rapports anatomiques. Ils sont faits de 2 poches qui communiquent largement grâce à une solution de continuité de la voûte crânienne. La poche externe est indépendante de la solution de continuité. La poche endocrânienne est intimement unie à la dure-mère, mais extérieure à elle.

PATHOGÉNIE

Il faut rechercher l'origine de la formation de ces kystes au moment de la fermeture de la gouttière dorsale de l'embryon. En cet endroit, une inclusion épidermique se produit ; par la suite, elle sera étranglée par le feuillet mésodermique devant former les os du crâne. Cette origine explique parfaitement les sièges, les différentes variétés possibles et le développement de ces kystes dermoïdes du crâne.

I. LEURS SIÈGES.

Ils sont le plus souvent médians : en avant ou en arrière. En avant, on les trouve dans la région frontale médiane. Ce sont les kystes d'origine bregmatique. En arrière, plus rares, siégeant au niveau de la protubérance occipitale, ce sont les kystes de l'inion. Mais ils peuvent être aussi latéraux comme dans l'observation que nous rapportons, et siéger dans la région temporo-pariétale. On voulait jadis reconnaître une origine commune —

au niveau de la première fente branchiale — à ces kystes latéraux du crâne et à ceux de la queue du sourcil. Il semble qu'il faille actuellement les associer aux autres kystes médians du crâne. Leur point de départ doit se trouver dans le territoire de l'arc postérieur des vertèbres craniennes.

2. LEURS VARIÉTÉS.

Ces inclusions épidermiques peuvent être plus ou moins étranglées par le développement du squelette. Ainsi sont expliquées les différentes variétés des kystes par rapport aux os du crâne.

Parfois, il s'agit d'une simple poche externe adhérente ou non à l'os par un tractus fibreux.

Ce tractus peut traverser la paroi du crâne pour joindre une autre poche intracranienne qui est toujours extradure-mérienne.

Le cas le plus typique et le plus fréquent est celui où il existe une solution de continuité osseuse qui fait communiquer les deux cavités kystiques. C'est un cas de cet ordre que relate l'observation que nous a confiée M. le Docteur d'ALLAINES.

D'autres fois, il s'agit de tumeurs intra-craniennes adhérentes ou non à l'os. Mais ces derniers cas ne nous intéressent pas. Ces néoformations sont actuellement connues des neuro-chirurgiens et dépassent le cadre de cette étude.

3. LEUR DÉVELOPPEMENT.

Souvent, ces kystes ne deviennent apparents qu'à l'âge adulte. En effet, comme toutes les autres tumeurs dermoïdes, ils restent latents, pour se développer plus ou moins rapidement à un moment quelconque de l'existence de l'individu.

DIVISION DU SUJET

Nous exposerons d'abord l'historique de cette affection, et, à cette occasion, nous rapporterons les quelques observations typiques que l'on trouve dans la littérature médicale ; nous terminerons ce chapitre par l'observation personnelle qui a motivé ce travail.

Puis nous étudierons les lésions anatomiques, macroscopiques et microscopiques des tissus atteints. Nous tâcherons de donner une description des manifestations cliniques des kystes dermoïdes du crâne.

Et, après avoir énuméré les autres affections qui peuvent être des causes d'erreur, nous décrirons la technique opératoire que nous croyons devoir être appliquée à l'extraction de ces tumeurs.

HISTORIQUE

Dans la littérature médicale, on trouve un nombre restreint d'observations typiques de kystes dermoïdes du crâne.

Le premier fait, imprécis d'ailleurs, semble être rapporté par GUALDES, en 1866, à la *Société Anatomique de Paris*. Il s'agit d'un kyste dermoïde de la fontanelle antérieure.

LANNELONGUE attribue aux auteurs anglais, entre 1870 et 1890, douze observations de néoformations dermoïdes siégeant toutes au niveau du bregma. Dès cette époque, les médecins d'Outre-Manche insistaient sur le fait que ces tumeurs étaient en bissac et « perforaient le crâne » parfois très largement. Ce sont en général des comptes rendus d'autopsie ; l'examen anatomopathologique n'était pas pratiqué. Les faits sont rapportés de façon floue. On était parfois en droit de croire que certaines de ces tumeurs, dites « kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure », étaient en réalité des encéphaloméningocèles.

La première observation détaillée est due à Fernand WIDAL. Cette fois, les lésions essentielles anatomiques sont précisées. En 1888, à la *Société d'Anatomie*, TUFFIER présentait la candidature de Fernand WIDAL et lisait sous le titre de « Kyste pileux intra-cranien développé dans le cervelet avec vestige d'un pédicule rattachant le kyste au cuir chevelu », l'observation que nous allons rapporter.

OBSERVATION I

Observation de Fernand WIDAL.

C'est un kyste pileux intra-cranien développé dans le cervelet, provenant d'une fillette de 7 ans 1/2 qui, depuis l'âge de 3 ans, présentait des troubles cérébraux. Il y avait vestiges d'un pédicule rattachant le kyste au cuir chevelu. Ce kyste, du volume d'une orange environ, apparaissait en pleine substance cérébrale. Il s'enfonçait entre les 2 lobes latéraux et déprimait le lobe moyen de telle façon que la voûte du 4^e ventricule était affaissée sur le plancher. La partie postérieure de la fente de BICHAT et de la veine de GALIEN étaient également comprimées par la tumeur, et c'était peut-être à cette compression qu'il fallait rapporter l'hydrocéphalie ventriculaire. Les lobes latéraux du cervelet n'arrivaient pas à recouvrir toute la partie supérieure du kyste, et à ce niveau la poche kystique faisait corps avec la tente du cervelet :

cette adhérence avait été cause de la déchirure qui laissait à découvert le contenu du kyste. Celui-ci consistait en une masse granuleuse d'un blanc jaunâtre, assez consistante et rappelant la mie de pain mâchée ; elle était parsemée de cheveux enroulés, intimement mélangés à la masse ; leur longueur était de 5 ou 6 cm., leur nombre assez considérable et leur épaisseur presque normale. La paroi kystique, résistante et épaisse de 2 mm. environ, se laissait décortiquer de la substance cérébelleuse.

La paroi kystique, réunie à la tente du cervelet, présentait avec le squelette une adhérence intéressante au niveau de la *protubérance occipitale interne*. En examinant par sa face interne la dure-mère qui recouvre les fosses cérébelleuses de l'occipital, on remarquait qu'elle offrait la disposition d'un infundibulum dont le sommet était rattaché à l'occipital sous forme d'une adhérence fibreuse. De la sorte, celle-ci constituait à la dure-mère et à la poche kystique, qui lui était adhérente, une espèce de petit pédicule. La languette fibreuse pénétrait dans l'épaisseur de l'occipital par un petit canal osseux, à bords arrondis, et dirigé de bas en haut ; elle semblait **se perdre dans** l'épaisseur de l'os. C'était au niveau de la partie inférieure de la *protubérance occipitale interne* que se faisait sa pénétration dans l'occipital, sur les dernières inégalités qui composaient par leur ensemble cette éminence.

D'autre part, en séparant le cuir chevelu de la voûte crânienne, on reconnaissait l'existence d'une adhérence semblable, mais plus courte, sous forme d'un petit pédicule qui s'engageait dans l'occipital en se dirigeant en bas pour se perdre également dans l'épaisseur de l'os. La

pénétration de cette dernière adhérence ne se faisait pas au même niveau que celle de la précédente, mais à 1 cm. au-dessus, au niveau de la protubérance occipitale externe.

Le contenu du kyste se montrait composé de cellules sébacées et de cellules épithéliales plates. La paroi était formée de tissus fibreux renfermant beaucoup de fibres élastiques ; elle était tapissée d'un revêtement d'épithélium plat disposé en 3, 4, 5 rangées, et même davantage. Sur la rangée la plus superficielle, on remarquait des cellules prêtes à se détacher de la paroi. Sur les différentes coupes que nous avons faites, nous n'avons pas rencontré la structure de la peau normale.

Ainsi, l'on constatait l'existence d'adhérences reliant d'une part la paroi kystique à l'occipital et d'autre part celui-ci au cuir chevelu. Bien que ces deux pédicules ne soient pas exactement au même niveau, bien que tous deux soient adhérents à l'occipital et qu'il ne se trouvent peut-être pas en continuité complète, il me semble que leur conformation semblable, la direction commune de leur trajet, doivent les faire considérer comme les deux parties d'un même ensemble ayant été primitivement en continuité et séparés plus tard, sans doute par le développement du squelette.

Voilà les paroles de TUFFIER. La conclusion permet donc de classer cette observation parmi celles des kystes en bissac du crâne. L'adhérence entre l'os et le cuir chevelu représente en somme la poche exocranienne de la forme typique. Un fait anatomique cependant nous

étonne : la tumeur, au dire de TUFFIER, était « en pleine substance cérébrale », donc intradure-mérienne. C'était peut-être l'intimité de l'union de la paroi kystique à la méninge qui donnait cette illusion.

La première étude rationnelle de ces faits pathologiques se trouve dans l'ouvrage que LANNELONGUE publie en 1891 avec la collaboration de MÉNARD : les « Maladies des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes ».

C'est une étape importante dans le classement de ces tumeurs du crâne. Dès cette époque, LANNELONGUE distinguait trois catégories de kystes dermoïdes du cuir chevelu : ceux du bregma, ceux de l'inion et ceux du ptéryon. Il rapporte dix-neuf observations de kystes de la fontanelle antérieure : 3 sont personnelles, les autres sont empruntées à la littérature médicale anglaise, et nous y avons déjà fait allusion. Dans presque tous les cas, il s'agissait d'enfants. L'auteur fait une description clinique parfaite, mais semble surtout se soucier de la difficulté du diagnostic avec les encéphalo-méningocèles antérieures étranglées. Il insiste sur ce fait que, s'il n'existe pas constamment de perforation osseuse, la tumeur externe est en tous cas toujours « adhérente par une très large base au crâne ».

LANNELONGUE étudie ensuite les kystes de l'inion. Pour lui, ils sont en général intra-craniens ; il rapporte six cas de cet ordre et ne cite que deux observations dans lesquelles le kyste est à la fois extra et intra-cranien. L'une de ces observations est celle de Fernand WIDAL, l'autre est due à l'Anglais SPRING ; ce dernier écrit qu'il y aurait là

« une solution de continuité osseuse en regard du kyste qui adhérerait à la dure-mère ».

LANNELONGUE précise bien que la poche intra-cranienne est toujours extra-dure-mérienne. Elle est tellement adhérente à cette membrane qu'il est impossible de trouver le plan de clivage les séparant. Parlant des kystes de l'inion à poche uniquement intra-cranienne, l'auteur signale la grande fréquence des lésions osseuses en regard de la néoformation ; ces lésions sont variables, soit simple cupule, soit amincissement, soit perforation, soit adhérences allant du kyste à la table interne.

LANNELONGUE ne connaît pas d'observation de kystes dermoïdes à poche exocranienne siégeant au ptéryon. Mais il croit à leur possibilité, car dans cette région presque toutes les néoformations dermoïdes endocraniennes siègent en regard de la suture pariéto-frontale.

Deux années après la publication du traité de LANNELONGUE, TILLAUX, en 1893, lisait à la Société de Chirurgie une observation intéressante :

OBSERVATION II

Observation de TILLAUX

Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'inion, que nous avons observé chez un homme de 34 ans.

Jusqu'à l'âge de 26 ans, notre malade n'aurait rien constaté d'anormal, lorsqu'il vit apparaître, au niveau de l'oc-

capital, une petite tumeur qui fut considérée comme un kyste sébacé vulgaire. En 1889, il ressentit quelques douleurs au niveau de cette tumeur, mais ce fut seulement l'année suivante qu'il accusa des troubles nerveux vraiment caractérisés, tels que fourmillements au bras, fourmillements douloureux dans la langue, absence de mémoire, etc... Il fut opéré : on constata une communication avec une poche intérieure et l'on n'alla pas plus loin. Il en résulta la formation d'une fistule persistante et les troubles nerveux ne furent en rien améliorés. C'est dans ces conditions que le malade est venu me trouver l'année dernière. M. WALTHER l'opéra le 10 février et, lorsqu'on eut agrandi l'orifice osseux, nous trouvâmes une poche intra-cranienne, du volume d'un œuf de poule, adhérente à la dure-mère et confondue entièrement avec elle : elle renfermait un tube à drainage qui y avait été oublié lors de la précédente intervention. En raison des adhérences du kyste, nous ne pûmes détruire complètement ses parois et on dut renoncer à fermer la plaie ; il s'est produit, dans la suite, un retrait graduel et progressif de la poche, et, bien que ce retrait ne soit pas encore aujourd'hui complet, le malade est absolument guéri, ses douleurs ont complètement disparu et son état est excellent.

Cette observation de TILLAUX relate le premier cas typique et certain de kyste dermoïde de l'inion, comportant une poche endo-cranienne, une poche exo-cranienne et une solution de continuité osseuse.

Après l'ouvrage de LANNELONGUE, on pouvait affirmer l'existence de tumeurs dermoïdes en bissac de la région du bregma. Après la communication du Professeur TIL-

LAUX, on peut affirmer l'existence de lésions semblables au niveau de l'inion.

CURZIO, en 1900, rapporte un cas de kyste de la fontanelle antérieure. Son observation n'ajoute rien aux connaissances que nous avait apportées LANNELONGUE.

KRAUS et SAUERBRUCK font, en 1912, une bien curieuse présentation de malade. Ce dernier avait une exophtalmie unilatérale et des paralysies des muscles extrinsèques de l'œil. On fit le diagnostic de tumeur de l'orbite et une orbitotomie fut pratiquée ; elle permit de découvrir une poche de liquide brunâtre, et une perforation du plafond de l'orbite. Les radiographies n'avaient cependant pas décelé cette perte de substance osseuse et il n'existait pas de signes neurologiques de tumeur intra-cranienne. Quelques jours plus tard cependant, la région frontale fut trépanée et l'on peut extraire un gros kyste dont l'origine dermoïde fut vérifiée histologiquement.

Cette observation est intéressante, mais sort peut-être du cadre de cette étude : l'origine du bourgeon bregmatique n'est plus là, semble-t-il, cranien, mais facial. L'inclusion épidermique avait dû se faire au niveau de la première fente branchiale.

En 1914, WALTHER fait une communication à l'Académie de Médecine. Elle a pour titre « Kyste dermoïde de l'inion ». Il rappelle en premier lieu l'observation de TILLAUX. C'est lui qui avait opéré le malade en 1893 ; il l'a revu en 1914. Il ne présente pas le moindre signe de compression méningée et « le patient travaille normalement sans la moindre gêne ».

Voici le texte exact de sa communication au sujet du 2^e malade.

OBSERVATION III

Observation de WALTHER

« L'observation que je vous présente a trait à un enfant de 3 ans que j'ai examiné et opéré en 1901 avec mon collègue et ami M. le Docteur BÉCLÈRE. Ulcération de 1 cm. de diamètre siégeant au niveau de l'inion et consécutive à l'incision faite au mois de décembre 1901 d'une tuméfaction qui aurait débuté un mois auparavant en donnant l'apparence d'un abcès froid. Au-dessous de l'orifice, tuméfaction profonde s'enfonçant sous les insertions supérieures des muscles de la nuque.

Opération le 14 novembre 1901. Après anesthésie au chloroforme, curettage de l'orifice fistuleux et de la cavité sous-jacente. Pendant cette manœuvre, je constate que cette première cavité extra-cranienne communique par un assez large orifice osseux avec une ancre intra-cranienne. Large débridement vertical et incision horizontale. Dissection d'une masse granuleuse formée de petites tumeurs lobulées à contenu grisâtre et de noyaux fibreux siégeant sous les insertions supérieures des muscles de la nuque qui sont largement disséqués et rabattus. La tumeur extra-cranienne ainsi disséquée, du volume d'une petite noix, descendait jusqu'à l'apophyse épineuse de l'axis mise à nu par la dissection. Après désinsertion du trajet fistuleux aux bords de l'orifice osseux, résection

large de l'occipital à la pince gouge pour mettre à découvert la poche intra-cranienne. Celle-ci est étalée en surface entre le cervelet et l'occipital. Le fond, à peu près plan, coupé par la saillie cruciale de crêtes fibreuses correspondant à l'insertion de la faux du cerveau, de la faux du cervelet et de la tente du cervelet, est tapissé par une très mince membrane lisse qu'il est impossible de séparer de la dure-mère. Pansement à plat. Suites opératoires simples : aucune réaction, pas de vomissement. Guérison par cicatrisation secondaire au niveau des bords de la brèche osseuse. Le centre de la cicatrice restant fermé par la paroi dermoïde.

L'examen histologique montra que la paroi était bien de nature dermoïde, mais sans poils, ni glandes. La tumeur extra-cranienne était constituée par des masses fibreuses avec un développement considérable de vaisseaux et une véritable formation angiomateuse par endroit. »

Au moment de la communication, WALTHER a opéré son petit malade depuis 12 ans, et depuis cette époque ce dernier est en parfaite santé.

L'auteur en terminant donne ces deux conclusions :

1° Il est impossible de séparer la paroi trop mince de la poche intra-cranienne d'avec la dure-mère.

2° Il suffit de réséquer la paroi osseuse en regard de la cavité kystique en laissant à découvert le fond de la poche dermoïde dont les bords s'unissent à la cicatrice cutanée.

L'existence des kystes dermoïdes en bissac de la région de l'inion est donc indéniable. Voilà deux cas certains rapportés par TILLAUX et WALTHER.

A la *Société Anatomique*, en 1920, HARTGLAS et MONTIER lisent l'observation d'un kyste dermoïde extra-cranien sans la moindre adhérence osseuse.

Mais c'est à DESNOYERS que revient l'honneur de décrire le premier un kyste en bissac de la région temporale. Voici le texte de sa communication à la *Société d'Anatomie*, le 1^{er} mars 1924.

OBSERVATION IV

Observation de DESNOYERS

Jeanne A..., 23 ans, entre à l'hôpital Cochin dans le service du Docteur LATNAY, pour une tumeur de la région temporale. Cette tumeur est apparue en 1917 et a augmenté progressivement de volume. Elle se présente actuellement comme une saillie arrondie, des dimensions d'une grosse noix, siégeant derrière le rebord orbitaire, au niveau de la fosse temporale droite, et paraissant profonde, sous-jacente au muscle temporal. Consistance résistante, indolore. Mais, immédiatement en dehors et un peu au-dessous de l'angle orbitaire externe, la pression éveille une douleur très vive, qui fait penser à un point d'ostéite. Depuis son enfance, elle présente des céphalées violentes, intermittentes, qui ont augmenté de fréquence depuis l'âge de 16 ans, c'est-à-dire depuis l'époque où est apparue la tumeur.

La malade fut opérée le 20 février 1924 par le Docteur LAUNAY. Incision courbe destinée à être masquée le plus possible par les cheveux. L'aponévrose, puis le muscle temporal sont incisés. La tumeur est alors visible et sa forme arrondie, son aspect nacré, montrent immédiatement qu'il s'agit d'un kyste dermoïde. Ce kyste, du volume d'une noix, occupe la fosse temporale immédiatement derrière le rebord orbitaire. Peu adhérent, sauf au niveau de son contact osseux, il est énucléé assez facilement. Mais lorsqu'il est enlevé, on s'aperçoit qu'il existe, au-dessous de la crête temporale inférieure, une perte de substance osseuse assez considérable pour admettre le petit doigt. Une curette introduite par cette perforation ramène une substance pilo-sébacée, caractéristique. L'orifice osseux est agrandi à la pince gouge. On peut alors vérifier qu'il existe bien à l'intérieur du crâne une nouvelle poche kystique qui communiquait avec la poche extra-cranienne, et qui est aussi volumineuse. Lorsque cette deuxième poche est vidée de son contenu, l'exploration permet de constater qu'elle répond, en haut à la dure-mère, animée de battements, en bas à la base du crâne. La paroi du kyste ne peut être isolée de la dure-mère et l'on se contente d'un grattage à la curette pour détruire l'épithélium.

La base du crâne, au-dessous du kyste dermoïde, présente également une déhiscence admettant l'index, par laquelle fait saillie une membrane bleuâtre. Une ponction exploratrice faite à travers cette membrane retire un liquide limpide qui jaillit d'ailleurs spontanément lorsque l'aiguille est enlevée. L'incision de cette membrane, d'un bord à l'autre de l'orifice osseux, montre qu'il s'agit d'un

nouveau kyste du volume d'une forte noisette, kyste à contenu séreux, ne présentant avec le kyste dermoïde intra-cranien que des rapports de contiguité. Ce kyste séreux s'enfonce au-dessous de la base du crâne, dans la fosse ptérygo-maxillaire. De même que pour la poche dermoïde, on se contente d'évacuer son contenu sans chercher à exciser la paroi de la poche. Cette excision apparaît en effet trop délicate à cause de l'hémorragie assez abondante et de la profondeur à laquelle se trouve le kyste.

La plaie opératoire est alors fermée par suture du muscle, de l'aponévrose et de la peau. Drainage filiforme. Les suites évoluèrent sans incidents.

Cette observation de DESNOYERS est doublement intéressante : d'une part, elle est la première à signaler l'existence d'un kyste dermoïde en bissac du ptéryon. D'autre part, elle relate la présence d'une troisième poche avec déhiscence de la base du crâne ; cette poche était-elle dermoïde également ? On peut se le demander, aucun prélèvement n'ayant pu être fait en vue d'un examen histologique.

Une autre tumeur de même nature et de cette même région temporale est décrite par WHEELER RAUD. Mais il n'existe pas de poche exocranienne. L'observation présente cependant un intérêt radiologique. En regard de la néoformation intra-cranienne, existe sur le cliché un épaississement de l'os.

A la *Société de Médecine et de Chirurgie de Toulouse*, en 1929, TOURNEUX présente l'observation d'un kyste der-

moïde du bregma adhérent à l'os mais sans perforation. Un cas analogue est décrit par CARDIA en 1931. HEAD et ABRAMSON, en 1932, décrivent un kyste dermoïde de la fosse temporale non adhérent. Le cas de BARROS LIMA, en 1935, se rapporte à une néoformation du bregma adhérente et coexistante avec une forte cupule osseuse.

Cette série d'observations n'ajoute rien à nos connaissances. La nôtre, venant confirmer celle de DESNOYERS, apporte la certitude de l'existence de kystes dermoïdes en bissac du ptéryon.

OBSERVATION V

Observation personnelle

M. O..., âgé de 72 ans, vient consulter pour une tumeur de la région temporale ayant débuté il y a plus d'un an et s'accroissant progressivement. Le début a été particulièrement insidieux, marqué simplement par l'apparition d'une petite tuméfaction grosse tout d'abord comme une noisette et qui a pris peu à peu l'apparence actuelle d'une petite pomme ; il y a quelques mois, sont apparues des douleurs assez vagues et de plus en plus importantes dans les régions orbitaire et temporale.

À l'examen, on constate l'existence d'une tumeur étalée, presque en verre de montre, qui soulève les téguments superficiels ; la peau ne présente pas de changement de coloration, elle est du reste mobile sur la tumeur.

A la palpation, les limites de la tumeur sont nettes ; elle est arrondie, rénitente et peu douloureuse à la palpation appuyée. Cette tumeur n'est pas mobile sur les plans profonds, elle n'est pas animée de battements, mais elle semble légèrement impulsive lors des efforts. A l'auscultation, on n'entend pas de souffle.

M. O... est bien portant, il n'y a rien à retrouver de bien notable dans ses antécédents ; il n'a jamais présenté aucune affection de la région crânienne. L'examen général ne révèle rien de remarquable, simplement, à quelque distance de la tumeur, sur la région massetérine, il existe un petit angiome sous-cutané de la dimension d'un petit pois ; cet angiome est très ancien et n'a subi récemment aucune modification. L'état général est parfaitement bon, l'urée sanguine est à 0,42, les différentes réactions de laboratoire ne révèlent rien de spécial. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Le diagnostic est assez difficile et ne pouvant se faire sans radiographie, celle-ci est pratiquée. Elle montre, sur un crâne qui par ailleurs est d'apparence normale, *une perte de substance* :

— sur la vue latérale, celle-ci occupe la partie antérieure de la région temporale, de la dimension d'une pièce de 2 francs, un peu ovoïde ; ses contours sont bien nets et son fond paraît homogène ;

— sur la vue frontale, la perforation se voit encore et elle a une forme ovoïde à bords un peu découpés.

En conclusion, le diagnostic est celui de tumeur de la région crânienne latérale avec perforation du crâne et certainement double poche exo et endo-cranienne. Le



Fig. 1

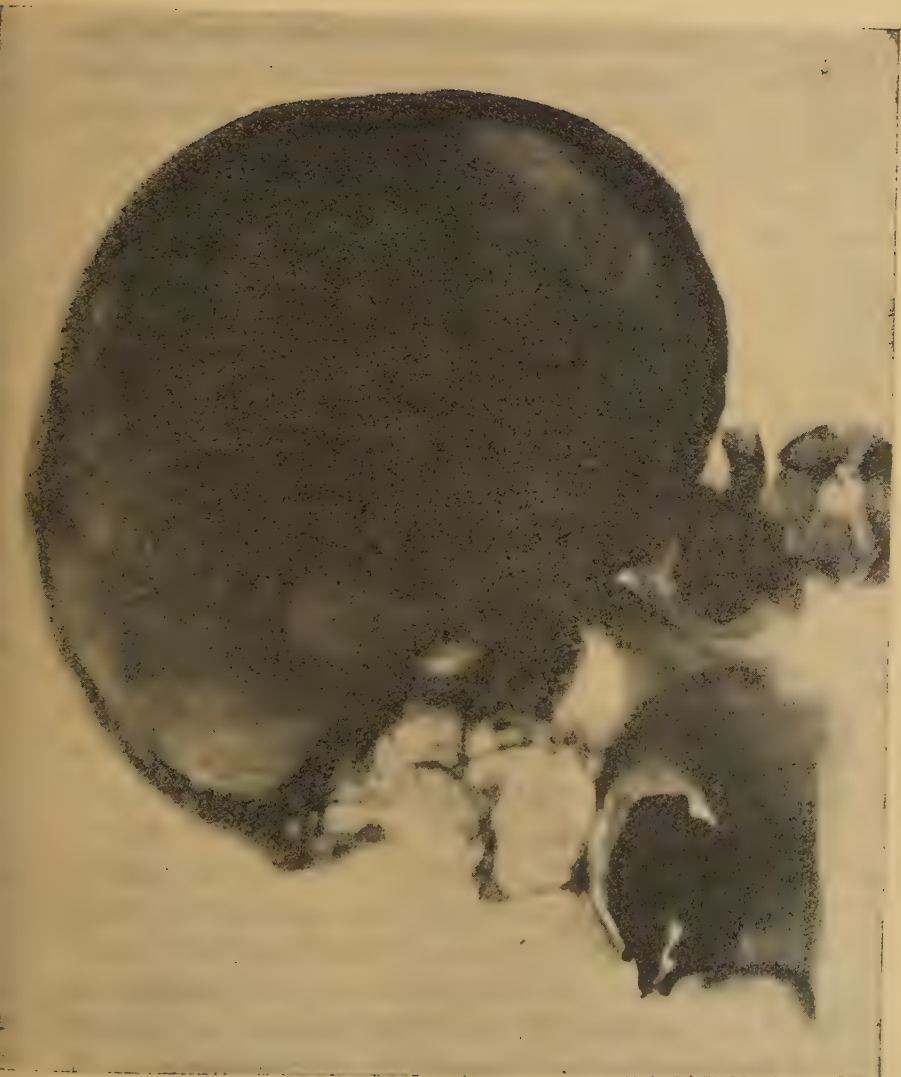


Fig. 2

diagnostic précis était difficile à porter. On pouvait éliminer les tumeurs malignes par l'allure lente et la limitation de la tumeur. La localisation voisine d'un angiome permettait de penser à une tumeur de même nature, mais il n'y avait ni battements, ni réductibilité. Nous avions pensé à la maladie de Schuller Christian, mais il manquait les phénomènes caractéristiques de l'envahissement orbitaire. Nous avions pensé en définitive qu'il s'agissait d'une désintégration du crâne rappelant ce qu'on appelle du nom de cholestéatome, mais à la réalité la volumineuse tuméfaction exo-cranienne nous faisait plutôt penser à l'existence d'une tumeur bénigne.

L'intervention fut pratiquée le 10 octobre 1935 sous anesthésie locale. Incision arciforme, découverte de la tumeur, lisse et adhérente au muscle temporal. Ponction de la tumeur : il en sort un liquide sale, jaune chamois, grumeleux, l'importance du liquide est d'un verre à liqueur environ. Ouverture de la tumeur : celle-ci est formée par une membrane d'apparence kystique et qui ressemble tout à fait à un kyste sébacé, membrane grenue, jaunâtre, tapissée d'une membrane facilement détachable, comme celle du kyste sébacé. La paroi même est mince et facile à détacher. En profondeur, il existe une perforation du crâne à l'emporte-pièce au niveau de l'écaille mince du temporal, perforation d'environ 3 cm. sur 4. En profondeur, se trouve la dure-mère écartée du crâne et qui est jaunâtre ; la dure-mère bat peu ; la ponction avec une aiguille fine, ramène de la profondeur du liquide céphalo-rachidien et après évacuation de quelques centimètres de liquide, la dure-mère bat franchement. On résèque les bords de la perforation crânienne, on cu-

rette soigneusement la cavité dure-mérienne et on ferme les plans superficiels par catgut et crins après avoir laissé un **petit drain**.

L'examen du contenu du kyste a montré que celui-ci était formé par des débris graisseux, sans éléments cellulaires et sans éléments microbiens ; les cultures sont restées stériles.

L'examen chimique a montré l'importance des produits graisseux qui composaient le liquide : sur 3 gr. 680 de liquide examiné, on trouvait :

— lipides totaux = 2 gr. 80 ;

— cholestérol total = 1 gr. 50.

L'examen microscopique des parois de la tumeur, pratiqué par le Docteur DOBKÉVITCH, a montré qu'il s'agissait d'un kyste dermo-épidermique.

L'examen histologique montre un kyste vrai, à revêtement épithélial, pavimenteux, très aplati, dont les courbes internes d'apparence cornée desquament à l'intérieur de la cavité. Le contour de celle-ci est constitué par un contenu amorphe dans lequel on distingue des fentes dont la forme est celle d'aiguille de cholestérine dissoute au cours de la fixation et de la deshydratation. Cet aspect est celui d'un kyste épidermoïde qui ne présente aucune espèce de caractère de malignité.

En somme : L'histoire des kystes dermoïdes en bissac du crâne peut se diviser en 3 périodes :

— A la fin du siècle dernier, LANNELONGUE décrit parfaitement les kystes de la fontanelle antérieure et prévoit la possibilité des deux autres localisations.

— Avant la guerre, WALTHER, grâce à deux observations, établit avec certitude l'existence de ces tumeurs au niveau de l'inion. Après l'observation de DESNOYERS et la nôtre, il est possible maintenant d'affirmer que ces kystes en bissac peuvent siéger dans la fosse temporale.

Et l'on est peut-être en droit de prévoir l'éventualité d'une quatrième localisation au niveau de l'Astérion.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Nous étudierons successivement l'anatomie de la poche kystique, et l'anatomie de son contenu.

I. — LA POCHE KYSTIQUE

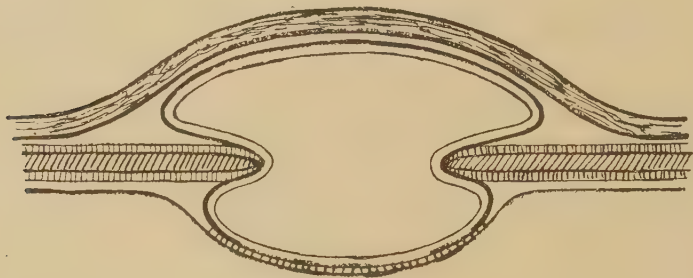
Dans les formes typiques, celles qui nous intéressent surtout, cette poche est constituée de 3 éléments anatomiques : *La solution de continuité osseuse, la poche extra-cranienne, la poche intra-cranienne*. Les parois de ces 2 poches sont adhérentes aux lèvres de la perforation osseuse constituant ainsi une cavité unique plus ou moins étranglée.

A) LA SOLUTION DE CONTINUITÉ OSSEUSE

1. Son siège.

Cette perte de substance peut siéger électivement en *trois points très précis*.

En avant médiane, elle est *au niveau du bregma*, c'est-à-dire de la fontanelle antérieure. Les sutures pariétales en arrière, et pariéto-frontales latéralement aboutissent à cette perforation. Dans les 19 observations de LANNELONGUE de kystes **dermoïdes de la fontanelle antérieure**, elle existait 8 fois.



Kyste dermoïde du crâne
(Coupe schématique)

En arrière médiane, la solution de continuité se trouve *au niveau de l'inion*. Elle est alors bordée par les 2 pariétaux en avant et l'occipital en arrière. Parmi les quelque 10 observations que nous connaissons de kystes de l'inion, deux seulement relatent l'existence d'une déhiscence osseuse.

Latéralement, la solution de continuité est au niveau du *ptéryon*, dans la région où convergent les sutures osseuses du frontal, de la grande aile du sphénoïde, du pariétal et de l'écaille du temporal. Dans notre observation, cette perforation était à la partie basse de la suture pariéto-temporale.

La solution de continuité ne peut siéger qu'en une de ces trois régions : bregma, inion, ptéryon, où s'assem-

blent les pièces osseuses du squelette crânien. Ce déterminisme topographique est peut-être la caractéristique essentielle des tumeurs dermoïdes du crâne.

2. *Sa forme.*

De l'avis de tous, les auteurs, la perforation est toujours *régulièrement arrondie ou ovalaire*. Jamais le contour n'est déchiqueté. En opérant notre malade, le Docteur d'ALLAINES a été frappé par la régularité et la douceur des bords de cet orifice.

3. *Ses bords.*

Les bords sont amincis. L'os forme une sorte de biseau dont l'extrémité n'est pas tranchante mais émoussée. D'après les pièces anatomiques qu'il avait en sa possession, LANNELONGUE pensait qu'au pourtour de la perforation, le diploé se raréfiait, et que les deux tables interne et externe se réunissaient pour former une sorte d'anneau d'os compact.

4. *Sa taille.*

La taille de la perforation est variable. La plus étendue que nous connaissions a quatre centimètres de diamètre ; c'est un auteur anglais qui en fait la mention. Le plus souvent, sa taille est voisine de celle d'une pièce de un franc.

Parfois, c'est un simple pertuis entouré ou non par une zone circulaire plus ou moins étendue où la paroi osseuse est amincie.

Cette solution de continuité ne se voit que dans les cas typiques. Elle peut être remplacée, comme cela est signalé dans l'observation de Fernand WIDAL, par des tractus fibreux traversant l'os, vestiges de l'ancienne communication des deux poches extra et intra-craniennes.

A un degré moindre, il n'est pas de tractus fibreux. Il existe un simple amincissement de la paroi osseuse en regard du kyste. Aucun examen histologique n'ayant été pratiqué dans ces cas, il est impossible de dire aux dépens de quelle couche osseuse se produit cet amincissement. Cette cupule est surtout marquée sur la paroi externe si la poche est extra-cranienne ; elle est surtout interne si la poche est intra-cranienne. Un fait anatomique est à retenir : c'est que l'amincissement osseux a une taille souvent voisine et légèrement inférieure à l'étendue de la poche kystique.

En résumé : La solution de continuité osseuse est caractérisée par les faits suivants : elle est unique ; elle siège toujours soit au bregma, soit à l'inion, soit au ptéryon et pas ailleurs ; elle est régulièrement arrondie ; ses bords sont émoussés.

B) LA POCHE EXTRA-CRANIENNE.

1. Son siège,

La poche extra-cranienne est évidemment toujours dans une des trois régions où peut être la perforation.

2. *Ses rapports.*

Sa paroi en général assez épaisse est *indépendante des plans superficiels*. C'est une tumeur bénigne, bien encapsulée, ne l'oublions pas. Le cuir chevelu, les muscles, l'aponévrose épicroanienne se moulent sur le kyste sans lui adhérer et sont toujours mobiles sur lui.

La paroi kystique s'unit à l'os au pourtour de la perforation. La façon dont se fait cette union n'a pas été jusque là bien précisée. Il semble que le feuillet externe, dermique, du kyste, s'unisse au périoste un peu au large de l'orifice. Le feuillet interne épidermique passe en avant du bissac osseux, sans lui adhérer, pour se continuer avec le feuillet analogue de la poche intracrânienne.

S'il n'existe pas de perforation ou si elle est petite et siégeant au centre d'une cupule osseuse, la paroi kystique vient s'insérer au pourtour de la cupule, la tunique externe se continuant là avec le périoste et l'épithélium pavimenteux se réfléchissant pour tapisser l'os au niveau de sa dépression.

3. *Sa forme.*

La poche exocrânienne est en général assez aplatie. Elle est écrasée sur le plan résistant par l'aponévrose épicroanienne. Elle adhère à l'os, n'a aucune tendance à la pédiculisation. Elle a le plus souvent la forme d'une énorme lentille, d'une montre plate. Elle est régulièrement arrondie. Et si, parfois, comme dans le cas de TILLAUX, elle présente un contour polycyclique en raison

des insertions musculaires, elle n'a en tous les cas jamais de cloisonnements intérieurs.

4. *Sa taille.*

Son volume est variable depuis celui d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'une pomme. En principe, sa taille reste très moyenne.

5. *Son aspect.*

Sur le vivant, lors de la découverte opératoire, son aspect est caractéristique, c'est le classique kyste dermoïde : tumeur lisse, *nacrée*, tendue, dure, peu vascularisée.

En résumé : La poche kystique extra-cranienne est indépendante des plans superficiels, elle est adhérente largement à l'os.

C) LA POCHÉ INTRA-CRANIENNE.

1. *Son siège.*

Dans les cas typiques, elle communique avec la poche extra-cranienne. C'est dire que les trois points d'élection sont au niveau ou du bregma, ou de l'inion ou du ptéryon.

2. *Ses rapports.*

L'orifice de la poche adhère au pourtour de la perforation suivant les mêmes règles que pour la poche extra-cranienne. L'épithélium se continue d'une poche à l'autre, créant ainsi une seule cavité : s'il n'y a pas de perforation, la poche s'unit toujours largement à l'os qui est en général excavé.

Cette poche est toujours extra-dure-mérienne. Si jadis on a pu ignorer cette caractéristique, c'est en raison de la minceur de la paroi kystique en cet endroit et de son union intime avec la dure-mère. Il est pratiquement impossible de séparer cette paroi de la méninge.

Il y aurait lieu d'indiquer là les rapports du kyste avec l'encéphale et le contenu de la boîte cranienne. Cela nous entraînerait trop loin et sort du cadre de cette étude.

3. *Sa forme.*

Cette poche endo-cranienne est en général aplatie. Mais au niveau de l'inion, elle est bridée à la fois par la faux du cerveau, la faux du cervelet et la tente du cervelet. Elle peut donc là donner l'impression de présenter des diverticules, en tout cas, il n'existe jamais de cloisons internes.

La cavité est unique.

4. *Sa taille.*

Sa taille est très variable. Quand il s'agit d'un kyste uniquement intra-cranien, le développement peut en être

considérable et peut réaliser des compressions graves. Cela est alors du cadre de la neuro-chirurgie.

En résumé : La poche endo-cranienne est adhérente à l'os et à la dure-mère, tout en restant toujours extra-dure-mérienne. L'union de la paroi kystique amincie est très intime avec la dure-mère.

*
* *

II. — LE CONTENU DU KYSTE

Le contenu de la poche des kystes dermoïdes du crâne de nature sébacée, se manifeste sous des aspects variables.

Parfois il s'agit d'une matière semi-solide, opaque, blanche jaunâtre, au milieu de laquelle on trouve des formations épidermiques, telles que des poils. Parfois, c'est une substance huileuse. D'autres fois, c'est un liquide louche en général, et plus rarement limpide.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

I. — LA POCHE KYSTIQUE

La localisation au crâne ne modifie pas l'aspect histologique des tumeurs dermoïdes.

Comme en un autre point de l'organisme, cette tumeur comporte une paroi externe dermique et une paroi interne épidermique.

La paroi externe dermique qui forme la coque résistante du kyste est constituée de faisceaux de tissu conjonctif. Dans cette tunique, on peut trouver des formations épidermiques telles que glandes sébacées, glandes sudoripares et follicules pileux.

Cette coque est tapissée intérieurement par un épithélium pavimenteux stratifié qui a tendance à la desquamation.

L'histologie des points de contact de la paroi kystique avec l'os et la dure-mère n'a été précisée nulle part.

II. — LE CONTENU KYSTIQUE

A part quelques formations épidermiques, poils ou cellules desquamées, le contenu du kyste ne renferme pas d'éléments cellulaires.

Le contenu est stérile et ne contient aucun microbe pathogène.

L'examen chimique y décèle la présence de corps gras. Parmi ceux-ci, mentionnons la cholestérine : la présence de ce corps, en effet, peut créer une confusion avec les cholestéatomes. Peut-être certains cholestéatomes sont-ils des kystes dermoïdes, et vice-versa.

En résumé : Ce que nous savons de l'histologie des kystes dermoïdes du crâne ne les montre pas différents des autres kystes dermoïdes.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous éliminerons de cette étude les formes de kystes dermoïdes purement intra-craniennes. Nous ne décrirons que les manifestations qui sont du cadre de la chirurgie générale. Le problème se résume à ceci : le chirurgien découvre une tumeur du cuir chevelu ; quels sont les symptômes qui permettent alors de penser à un kyste dermoïde s'accompagnant d'une perforation osseuse et d'une poche intra-cranienne ?

CHAPITRE PREMIER

KYSTE DERMOÏDE EN BISSAC DU CRANE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Nous allons étudier tout d'abord la symptomatologie du *kyste dermoïde en bissac du crâne chez l'enfant et l'adulte*.

A) DATE D'APPARITION.

L'inclusion épidermique date de la vie fœtale. Le kyste existe en puissance dès la venue au monde de l'individu. Il peut se manifester dès la naissance. C'est alors une forme clinique d'un diagnostic particulièrement difficile et que nous décrirons plus loin.

Dans les premières années, la tumeur minuscule existe, mais passe inaperçue. Elle peut se manifester à tous les âges de la vie. D'après les quelques observations typiques

que nous possédons, elle est le plus souvent découverte au cours de l'enfance ; témoins en sont les observations de WIDAL, LANNELONGUE et WALTHER. On en voit encore des manifestations dans l'adolescence et l'âge mûr. Chez notre malade, la période de latence s'est étendue sur 71 ans. C'est d'ailleurs le seul cas connu où la découverte fut faite après la quarantaine.

C'est en général une affection de la jeunesse.

Le sexe ne semble jouer aucun rôle sur le déterminisme de cette néoformation.

B) PÉRIODE DE FORMATION.

Au hasard de la toilette ou à l'occasion d'un traumatisme, le patient constate l'existence d'une « petite boule siégeant dans les cheveux ». Il n'en souffre pas, et ne s'en inquiète pas. Avec une rapidité très variable, des semaines, des mois, des années, la tumeur augmente de volume. Cette naissance peut se faire insensiblement ou par poussées successives, par accès ; rien n'est fixe à ce sujet. Elle peut devenir légèrement sensible au toucher, mais ce n'est pas la règle.

En principe, la tumeur se développe et reste indolore.

C) PÉRIODE D'ÉTAT.

1. *Signes fonctionnels.*

En général, le malade vient demander un conseil médical parce qu'il a constaté l'existence d'une tumeur. En règle, cette tumeur n'est pas gênante. Mais certains sujets peuvent accuser à son niveau des sensations de picotements, de brûlure, de tension.

Dans quelques cas, cette tumeur peut s'accompagner de signes de compressions cérébrales : céphalées violentes et durables, troubles du rythme cardiaque, troubles digestifs, gastriques ou intestinaux. Ce sont aussi parfois des signes d'irritation cérébrale, redoutables suivant la localisation de la tumeur. Nous ne voulons pas les détailler ici. Ces signes endocraniens prennent parfois le pas sur les manifestations externes, et c'est alors à l'occasion d'un examen général complet que le neurologiste découvre la petite tumeur extra-cranienne.

Ces cas, sont des exceptions.

En principe. Les kystes dermoïdes en bissac, malgré l'existence d'une poche intra-cranienne, ne donnent presque jamais de symptomatologie méningée ou encéphalitique.

2. *Signes physiques.*

L'examen du malade va révéler l'existence d'une tumeur bénigne du cuir chevelu.

L'inspection permet de préciser un fait de première importance : le siège de la tumeur. *Elle n'a que trois localisations possibles.* Elle peut siéger, en avant, sur la ligne médiane, ou tout au moins proche de celle-ci, en plein dans les cheveux, à la partie supérieure du frontal, sensiblement au *niveau du bregma*. C'est la plus fréquente des localisations. Elle peut être en arrière proche de la ligne médiane, au-dessus de la protubérance occipitale, dans la région osseuse que les anatomistes nomment le *lambda*.

Elle peut siéger latéralement dans la fosse temporale en avant de la conque de l'oreille, très en arrière de la queue du sourcil. Elle est dans la région du ptéryon.

Ces faits sont capitaux : un kyste dermoïde ne peut être ailleurs que dans ces trois situations au niveau du crâne. *La présence d'une néoformation près ou du bregma, ou de l'inion, ou du ptéryon, doit immédiatement faire penser à la possibilité d'un kyste dermoïde.*

En regard de la tumeur, le cuir chevelu, d'aspect absolument normal, est soulevé en un renflement ovoïde, aplati, le plus souvent ; cette saillie n'a pas de tendance à prendre une forme globuleuse et à se pédiculiser. A son voisinage, les téguments sont normalement vascularisés et le système pileux reste ce qu'il est dans les régions proches.

Par la *palpation*, on se rend compte que ces plans su-

perficiels sont strictement isolés de la tumeur et sans adhérence avec elle. Le cuir chevelu se laisse parfaitement pincer et plisser en regard d'elle. La mobilisation des plans superficiels laisse inerte la néoformation. Au niveau du ptéryon et de l'inion, cette indépendance est plus difficile à mettre en évidence, car le kyste est là écrasé, bridé par les muscles, soit de la nuque, soit de la fosse temporale. Il faut faire relâcher ces muscles pour se rendre compte que tous les plans préosseux sont mobilisables sur la tumeur et indépendants d'elle. Le volume de cette dernière est essentiellement variable, entre celui d'un petit œuf de pigeon et celui d'une belle mandarine.

La forme est régulière ; il s'agit d'une tumeur bien encapsulée, à limites nettes, sans prolongement. Elle est rarement molle, donnant une sensation de fluctuation. Elle est en général ferme, consistante, parfois rénitente. On a bien l'impression qu'il s'agit d'une poche contenant sous tension une matière consistante, semi-liquide.

La palpation est indolore ; rappelons-nous cependant le cas de DESNOYER où il existait un point osseux douloureux qui aurait fait penser à un abcès froid du crâne.

Si cette masse est indépendante des plans superficiels, *elle adhère largement aux plans profonds.* Elle semble aplatie sur le crâne, accolée à lui. Elle n'est jamais mobilisable sur le plan osseux et n'a pas de tendance à se pédiculiser. On a bien la sensation en palpant que la poche adhère intimement à la paroi crânienne.

On peut quelquefois à son pourtour sentir une sorte de bourrelet osseux. En principe, elle est trop tendue pour permettre de sentir la perforation. Mais il ne faut

jamais négliger de pousser très loin cette exploration, sans manœuvres brutales cependant. Certains kystes nous permettent de percevoir cette solution de continuité osseuse. Mais le fait de ne pas la découvrir ne doit pas en faire rejeter la possibilité.

Une pression même forte exercée par la paume de la main sur la masse extra-cranienne la montre *strictement irréductible*. Cette compression prolongée n'entraîne pas le moindre trouble d'hypertension intra-cranienne ou d'irritation cérébrale.

La palpation de cette tumeur exocranienne ne révèle aucun battement, aucune pulsation, sauf peut-être dans les premiers mois de la vie humaine.

De même, l'auscultation à son niveau ne révèle aucun thrill, souffle ou battement.

Dans la majorité des cas, il n'existe pas d'impulsion ou d'accroissement de volume de la poche externe au moment des efforts de toux. Mais ce signe n'est pas constant. Surtout chez l'enfant, il peut exister une certaine impulsion.

En somme : Toute tumeur indépendante des plans superficiels, adhérente à l'os, irréductible, sans battement, siégeant au niveau soit du brégma, soit de l'inion, soit du ptéryon, doit faire penser à un kyste dermoïde en bissac du crâne.

Par la palpation, on recherchera la solution de continuité osseuse ; on ne la trouvera souvent pas. Mais on

doit toujours la soupçonner. C'est alors qu'il faut faire pratiquer deux examens importants : La Radiographie qui montrera la perforation, et un examen neurologique qui pourra faire soupçonner l'existence de la poche endocranienne.

3. *Examen radiologique.*

Il faut demander de bons clichés radiologiques. En principe, un cliché de face et un autre de profil du crâne doivent suffire. L'idéal, dans certains cas, serait d'avoir une image fixe alors que les rayons sont dirigés perpendiculairement au plan supposé de la perforation. Sur ce cliché idéal, on verra une tache ronde ou ovoïde, de taille variable, à contours nets, traduisant la perte de substance osseuse. Les bords de cette tache sont francs, et son fond est d'une tonalité homogène. Le pourtour de l'os a une structure parfaitement normale ; il n'existe aucun processus morbide. Il semble que l'on ait enlevé une parcelle de boîte crânienne à l'emporte-pièce. Notre observation est la seule à rapporter un examen radiologique précis.

On peut voir, semble-t-il, d'autres images que celle typique que nous venons de décrire. Il peut s'agir d'une tache ronde, moins opaque, centrée par une tache plus petite, plus sombre. C'est la traduction radiologique d'une cupule osseuse ayant en son centre une petite perforation. D'autres fois, ce sera une tache à contours nets, mais de moins en moins sombre à mesure que l'on s'éloigne de son centre. Il s'agit alors d'une cupule sans perforation.

En somme : L'examen clinique nous a montré l'existence d'une tumeur exocranienne adhérente à l'os ; la radiographie nous permet de préciser l'existence d'une solution de continuité osseuse. Il doit exister une poche endocranienne que l'on va rechercher par un examen neurologique.

4. *Examen neurologique.*

Il pourra révéler des signes d'hypertension intracrânienne et des signes d'irritations cérébrales qui ont une valeur localisatrice. Nous ne voulons pas détailler ici ces symptômes. Nous voulons simplement dire que cet examen neurologique doit être approfondi, car il mettra presque toujours en évidence un signe ou deux légers de localisation. *Mais même en l'absence de signes neurologiques, il faut toujours suspecter l'existence de la poche kystique intra-cranienne.*

5. *Examen médical.*

Le résultat de l'examen médical sera purement négatif. Les kystes dermoïdes du crâne surviennent en dehors de tout terrain pathologique. S'il existe un terrain morbide, il est sans rapport étiologique avec l'évolution du kyste.

Toutes les réactions sérologiques demeurent négatives. Il serait peut-être intéressant de faire des dosages chimiques du sérum sanguin et en particulier de rechercher si le taux du cholestérol est modifié.

Quoi qu'il en soit, ces kystes évoluent sans atteinte de l'état général, sans amaigrissement, sans élévation thermique. Le sujet demeure en bonne santé.

Au total, le kyste dermoïde du crâne est caractérisé par une tumeur siégeant soit au bregma, soit à l'inion, soit au ptéryon. Cette tumeur est indépendante des plans superficiels, adhérente à l'os, irréductible. La radiographie montre une solution de continuité osseuse. L'ensemble de ces faits doit faire penser à l'existence d'une poche intra-cranienne même en l'absence de signes neurologiques.

Le chirurgien doit toujours avoir ces faits présents à l'esprit. Il doit prévoir qu'au cours de l'intervention il découvrira des lésions plus étendues qu'il ne le pensait et qu'il peut être amené à pratiquer une trépanation de la boîte crânienne pour vider la poche kystique interne.

D) EVOLUTION

Si la tumeur n'a pas été extirpée, elle va se développer lentement, devenir parfois douloureuse et en général s'infecter ; et, par ce dernier processus, elle s'ouvrira à la peau, *car ces kystes dermoïdes n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.*

DIAGNOSTIC

Après avoir étudié les erreurs de diagnostic possibles, chez l'adulte, nous réserverons un chapitre pour le diagnostic des kystes dermoïdes du crâne chez le nourrisson.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC CHEZ L'ADULTE

Toutes les néoformations recouvertes par le cuir chevelu peuvent faire croire à un kyste dermoïde. Mais rappelons-nous toujours que cette affection seule a une topographie définie. Les trois localisations du kyste dermoïde du crâne sont le bregma, l'inion, le ptéryon.

Les *kystes sébacés* du cuir chevelu siègent n'importe où, sont multiples, globuleux. Ce sont des tumeurs intracutanées, mobilisables sur les plans profonds. L'erreur de diagnostic n'est guère possible qu'avec un kyste dermoïde à poche uniquement externe et sans adhérence à l'os.

Certaines tumeurs vasculaires peuvent arrêter un instant l'attention ; mais la confusion doit cesser après un examen soigneux. En effet, les *angiomes* sont diffus, sans limites nettes, mous, s'écrasant sous les doigts qui les palpent. Ils sont indépendants des plans profonds. Le diagnostic peut être plus difficile avec certains *angiomes communicants*. Ces derniers siègent dans la région de la fontanelle antérieure ; mais ils ont la consistance molle de tous les angiomes ; leur réduction est possible et entraîne des céphalées, des vertiges ; ils présentent une impulsion nette au moment des efforts ; anatomiquement, il existe une solution de continuité osseuse, mais elle est si petite que les clichés radiologiques ne peuvent la révéler.

La classique impression de « paquets de vers de terre » que donnent les *anévrismes circoïdes* ne peut prêter à confusion avec la tumeur ferme et nette des kystes dermoïdes qui, elle, n'est, en tous les cas, jamais battante et soufflante.

Les *neurofibromes* ou les *névromes plexiformes* sont rares au cuir chevelu. Ils sont toujours multiples et associés à d'autres signes de neurofibromatose. De même, l'erreur n'est pas possible avec la *pachyderma verticillée* qui est un noevus géant envahissant presque tout le cuir chevelu.

Toutes les affections que nous venons de citer sont indépendantes du squelette. Mais certaines atteintes, infectieuses, osseuses, peuvent prêter à confusion.

Les *ostéites syphilitiques* donnent en général des tuméfactions osseuses diffuses et des aspects radiologiques très particuliers. Grâce à son évolution aiguë, l'*ostéomyélite* ne peut guère être confondue avec un kyste dermoïde même suppuré. Une *ostéite tuberculeuse*, comportant un abcès ossifluant, pourrait plus facilement être une cause diagnostique. Mais l'aspect radiologique est tout différent ; au lieu d'une perte de substance osseuse taillée à l'emporte-pièce, il s'agit de phénomènes diffus de raréfaction osseuse.

Le diagnostic peut se poser dans le cas de *fistule du cuir chevelu*, secondaire à l'infection du kyste dermoïde. Ce sont l'anamnèse, la topographie des lésions, la radiographie, l'exploration prudente de la fistule qui permettent d'éliminer les autres suppurations chroniques superficielles ou d'origine osseuse.

*
**

Les néoformations d'origine osseuse sont très rares au niveau du crâne. Il faut néanmoins en connaître l'existence pour ne pas les confondre avec les kystes néoplasiques. Les *métastases néoplasiques* sont douloureuses, surviennent sur un terrain bien spécial, et doivent faire rechercher, s'il n'est pas déjà connu, le cancer primitif au rein, au sein ou à la prostate.

Les *myélomes diffus* ne se voient jamais isolément au crâne. Le squelette présente d'autres lésions. Les *ostéomes* n'ont pas la topographie des kystes dermoïdes ; à la palpation, ils se révèlent plus durs. La tumeur est nettement osseuse. De même les *tumeurs malignes*, qui sont rarement des ostéosarcomes, mais plus fréquemment des sarcomes de la dure-mère ayant envahi l'os, n'ont pas cette consistance semi-liquide du kyste dermoïde.

Ces dernières manifestations pathologiques peuvent s'accompagner de perte de substance osseuse, visible radiologiquement ; mais jamais le contour de la perforation n'est à bords nets. Et ce n'est que si l'examen a été superficiel que l'on peut les confondre avec un kyste dermoïde du crâne.

*
**

En réalité, en présence d'une tumeur siégeant sur le cuir chevelu, ayant le contact osseux, évoluant lentement et s'accompagnant d'une perte de substance de la voûte crânienne, le diagnostic se pose entre le kyste dermoïde et trois autres affections :

- La xanthomatose cranio-hypophysaire,
- Les cholestéatomes du crâne,
- Les encéphaloméningocèles.

1. *La xanthomatose cranio-hypophysaire*, ou maladie de SCHULLER et CHRISTIAN, est caractérisée par une tétrade symptomatique : nombreuses lacunes crâniennes,

exophtalmie, diabète insipide, troubles de la croissance variables dont la manifestation la plus fréquente est le nanisme.

Cette affection se voit autour de la troisième et cinquième année.

En général, il s'agit d'un processus dégénératif du squelette très étendu et non localisé. A la radiographie, les lacunes osseuses du crâne sont multiples, leurs bords sont nets, taillés à l'emporte-pièce ; mais des lacunes semblables existent sur les autres os ; la selle turcique paraît agrandie et à parois amincies.

L'examen histologique du liquide des poches montre qu'il contient des « cellules spumeuses », gorgées de graisse, lipoïdes et cholestérol. Dans le sérum sanguin existe un excès de lipides totaux et plus particulièrement de cholestérol.

Il s'agit d'un trouble du métabolisme des graisses. C'est une affection générale. Le kyste dermoïde est une affection purement localisée, l'erreur n'est possible que dans les cas atypiques de maladie de SCHULLER et CHRISTIAN où la perte de substance osseuse est unique. Un examen général clinique et biologique, de même que quelques mois d'évolution, permettront toujours facilement de faire le diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections.

2. Le diagnostic le plus difficile est celui des *cholestéatomes* de HORAX, que l'on peut confondre avec les tumeurs naçrées de DUMESNIL et CRUVEILHIER ; ces mêmes lésions avaient été jadis décrites par MULLER.

Ces cholestéatomes ont de nombreux points communs

avec les kystes dermoïdes du crâne. Ils siègent comme ces derniers au-dessous du cuir chevelu. La tumeur est unique, elle a le contact osseux, elle est indolore, se développe lentement. Elle est indépendante des plans superficiels. Il peut exister une poche endocranienne et une perforation osseuse. La paroi kystique a histologiquement la morphologie de la peau ; mais on n'y trouve jamais de formations nettes dentaires, pileuses ou sébacées. L'analyse du contenu de la poche révèle l'existence d'une composition chimique riche en graisse, très voisine de la composition du contenu des kystes dermoïdes.

Certains auteurs, se basant sur ces similitudes, ont voulu confondre les deux affections : kyste dermoïde et cholestéatome.

Il semble bien cependant qu'HORAX n'ait pas assigné de topographie spéciale à ses tumeurs. Elles peuvent siéger en n'importe quel point et non aux trois sièges d'élection des kystes dermoïdes. La coexistence des deux poches exo- et endo-craniennes est rare, et en tout cas l'une d'elles est toujours plus développée que l'autre. La perforation osseuse est moins nette que dans le cas de kyste dermoïde ; on a plus l'impression qu'il s'agit d'un éclatement osseux que d'un trou à l'emporte-pièce.

Quoi qu'il en soit, ces deux affections sont très proches l'une de l'autre. Ce sont des tumeurs bénignes qui comportent un traitement chirurgical du même ordre. On peut se ranger à l'avis de CUSHING qui considère les cholestéatomes comme des inclusions épidermiques du diploë évoluant vers l'extérieur de l'os, rompant une des deux tables de la voûte crânienne et parfois les deux en même temps.

On peut confondre sans grande gravité cholestéatome et kyste dermoïde du crâne, qui comportent une même sanction thérapeutique. Il ne faut pas confondre le kyste dermoïde et l'encéphalo-méningocèle. Exceptionnellement, ce diagnostic se pose chez l'adulte. C'est chez le nourrisson que se rencontre cette difficulté.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC CHEZ LE NOURRISSON

Certaines affections congénitales et du bas-âge peuvent prêter à confusion avec un kyste dermoïde du crâne.

Elles comportent toutes une solution de continuité osseuse ou cartilagineuse, avec ou sans tumeur exocranienne. En raison de leur rareté, nous ne ferons que les citer. Ce sont : la dysplasie périostale, la dyostose cléidocranienne, la distension des sutures par la simple hydrocéphalie, l'existence de fontanelles supplémentaires, et certaines lacunes provenant d'adhérences amniotiques ou placentaires.

En pratique, chez le nouveau-né et le nourrisson, une seule erreur est grave, c'est la confusion avec l'*encéphalo-méningocèle étranglée ou non*. Les méningocèles ont les mêmes sièges d'élection que les kystes dermoïdes. Mais on ne les rencontre guère qu'au niveau du bregma. Ils sont adhérents à l'os. Ils sont battants, mais les kystes dermoïdes peuvent l'être dans le tout jeune âge, et les

encéphalo-méningocèles étranglées ne battent plus, ne sont plus réductibles et leur écrasement n'entraîne plus de troubles cérébraux.

Si dans les cas typiques, le diagnostic entre les deux affections est facile, dans les formes atypiques il est souvent fort délicat. Il faudra alors pratiquer un examen soigneux, bien rechercher les battements, la réductibilité, les impulsions aux efforts. Il faudra se baser sur les notions de fréquence : à la naissance, les méningocèles sont déjà souvent appréciables, alors que les kystes dermoïdes passent le plus souvent inaperçus ; d'autre part, les encéphalocèles sont rares au niveau du bregma.

Pour trancher le diagnostic, il ne faut pas avoir recours à la ponction exploratrice qui est dangereuse. Il vaut mieux patienter, et quelques semaines d'évolution trancheront le diagnostic.

En somme : Chez l'adulte, facile est le diagnostic de cette tumeur rénitente, qui a le contact osseux ; s'accompagne d'une perforation à l'emporte-pièce, et évolue lentement sur un terrain généralement sain.

Une seule erreur est possible avec le cholestéatome, mais elle n'est pas grave.

Chez le nouveau-né, il ne faut pas confondre un kyste dermoïde avec un encéphalocèle ou un méningocèle ; cette distinction est parfois difficile ; la confusion serait grave.

TRAITEMENT

L'indication opératoire est formelle.

On pratique une incision arciforme et on découvre le kyste.

L'extirpation de la poche superficielle n'offre pas de difficultés. On agrandit alors la brèche cranienne pour bien voir la poche profonde. Cette poche ne peut être enlevée, car elle est adhérente à la dure-mère. Il faut donc se contenter d'un curettage soigné.

On examine ensuite la dure-mère. Dans notre cas, elle ne battait pas, était épaisse et dure, mais elle a repris ses battements après une ponction qui a ramené du liquide céphalo-rachidien. Cette manœuvre paraît superflue, mais elle est sans gravité, et lève les doutes.

Il ne reste plus qu'à effectuer la fermeture cutanée. Toutefois, un petit drainage filiforme sera utile si la poche profonde est volumineuse.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes dermoïdes du crâne ne sont pas exceptionnels.

II. — Ils sont constitués de trois éléments anatomiques :

- Une solution de continuité osseuse du crâne ;
- Une poche dermoïde extra-cranienne, indépendante du plan superficiel, adhérente au pourtour de la perforation osseuse ;
- Une poche dermoïde intra-cranienne extra-dure-mérienne, adhérente également à la perforation et très adhérente à la dure-mère dont on ne peut le séparer.

Il existe ainsi une seule cavité kystique plus ou moins étranglée.

Mais chacun de ces trois éléments peut être plus ou moins atrophié.

III. — En clinique, un seul élément anatomique se manifeste : une tumeur du crâne indépendante des plans

superficiels, non mobilisable, sur la voûte crânienne. Cette tumeur siège au niveau soit du bregma, soit de l'inion, soit du ptéryon. Elle ne peut pas siéger ailleurs. Ces caractères suffisent à faire penser au kyste dermoïde et à faire rechercher la perforation osseuse et la poche endocrânienne.

La radiographie montre une perforation ovale ou arrondie, à bords nets et peu sinueux.

IV. — Chez l'adulte, une seule erreur est possible : le cholestéatome du crâne.

Chez le nourrisson, le diagnostic est difficile avec les encéphalo-méningocèles.

V. — C'est une tumeur bénigne ; elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée.

VI. — Il faut l'enlever chirurgicalement. Même si la tumeur paraît purement extra-crânienne, il faut toujours s'attendre à trouver des lésions osseuses qui nécessiteront une intervention assez importante.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU : *Le Président de la Thèse,*

GREGOIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

AUVRAY. — Tumeur perforante des os du crâne. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, Tome XLV, n° 31, pp. 1383-1388, Année 1919.

BARROS LIMA. — Cisto dermoïde do couro cabeludo. *Arg. de cir. e. Ortop.*, 2, 459-463, june 1935.

BAZY et MALGRAS. — Maladie de Schuller Christian (Xanthomathose cranio-hypophysaire). *Société de Chirurgie de Paris*, Séance du 5 juin 1935.

BONHOMME. — La dysostose hypophysaire. *Revue médicale française*, 16^e année, n° 4, avril 1935, p. 355.

BURNIER et REJSEK. — Tumeurs multiples du cuir chevelu. *Bull. Soc. franç. de Dermatol. et Syph.*, Par., 1923, XXX, 90-95.

CARDIA. — Su di una cisti dermoïde sierasa del cuoio capelluto. *Annali Italiani di Chirurgia*, T. X, n° 6, 30 juin 1931.

CURZIO. — Sulla cisti dermoïde della fontanella anteriore. *Reforma medica*, 1900, mars.

CUSHING. — Un volumineux cholestéatome épidermique de la région pariéto-temporale déformant l'hémisphère G. sans présenter de symptômes cérébraux.

- DESNOYERS. — Kyste dermoïde extra et intra-cranien. *Bulletin de la Société Anatomique*, Séance du 1^{er} mars 1924.
- GIRALDES (M.). — Kyste dermoïde de la fontanelle antérieure. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1866.
- HARTGLAS et MONTIER. — Kyste dermoïde du cuir chevelu. *Bulletin de la Société d'Anatomie*, Séance de juin 1920.
- HEARD et ABRAMSON. — Dermoïde Cyst of Temporal fossa. *American Journal Surgery*, 16, 510-512, juin 32.
- HEURTEAUX-ALFR. — Kyste dermoïde situé au niveau de la grande fontanelle. *Gazette des Hôp.*, 1874.
- DE JAEYER. — Tumor dermoïd causing cranial malformation. *Annales d'oculistique*, 173, 31-33, janv. 36.
- KRAUS et SAUERBRUCH. — Kyste dermoïde intra-cranien de la région frontale. *Deutsche medizinische Woch.*, Tome 38, n° 26, 1912.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales. Maladies des bourgeons de l'embryon des arcs branchiaux et de leurs fentes.
- LIPETZ (Basilia). — Angiomes du cuir chevelu communiquant avec la circulation intra-cranienne. *Paris*, 1924, 43, p. 8.
- MAC CONNAC (H.). — Multiple tumours of the scalp. *Proc. Roy. Soc. Méd.*, Lond., 1920-21, XIV, Section Dermat., 47-49.
- SCHEINKER. — Tumor dermoïde of frontal lobe. *Deutsche Ztschr.*, Munech., 140, 214, 336.
- TILLAUX. — Kyste dermoïde de l'inion. *Congrès français de Chirurgie*, Séance du 8 avril 1893, Tome VII, p. 787.
- TOURNEUX. — Kyste dermoïde du cuir chevelu. *Soc. de Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, Séance du 14 oct. 1929.
- TRIALS PUJOL (J.). — Tumeurs perforantes du crâne. *Revisa española de Medicina y Cirugía*, T. II, n° 14, février 1920, p. 67.

WALTHER. — Kyste dermoïde de l'inion. *Bull. de l'Ac. de Médecine*, Séance du 3 mars 1914, 3^e série, Tome 71, p. 335.

WECHER RONO. — Kystes dermoïdes intra-craniens. *Arch. of Neur.*, XIV, 1925.

WIDAL (F.). — Kyste pileux intra-cranien développé dans le cer-
velet avec vestiges d'un pédicule rattachant le kyste au cuir che-
velu. *Bull. de la Soc. Anatom.*, Séance de mai 1888.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
PATHOGÉNIE	10
HISTORIQUE	13
<i>Chapitre premier :</i>	
Anatomie pathologique macroscopique	33
<i>Chapitre II :</i>	
Anatomie pathologique microscopique	41
ETUDE CLINIQUE	43
<i>Chapitre premier :</i>	
Kyste dermoïde en bissac du crâne chez l'enfant et l'adulte	44
DIAGNOSTIC	53
<i>Chapitre premier :</i>	
Diagnostic chez l'adulte	53
<i>Chapitre II :</i>	
Diagnostic chez le nourrisson	60
TRAITEMENT	63
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

Société Anonyme Blésoise
d'Impressions et
de Publications
6, rue Pardessus - BLOIS